Aus dem Institut für gerichtliche und soziale Medizin
der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. med. Müller-Hess

Zur Frage des kombinierten Selbstmordes

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung des Medizinischen Doktorgrades
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von
NIKOLAUS ROTH
aus Segenthau (Rum.)

Tag der Promotion: 31. Oktober 1939

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 274

Gedruckt mit Genehmigung
der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz
Referent: Prof. Dr. Müller-Hess

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meiner Braut

für treues Ausharren in schwerer Zeit

Ueber das Selbstmordproblem ist viel geschrieben worden und es hat im Laufe der Jahrtausende mannigfache Wandlungen in der Auffassung durchgemacht. Eine allgemeine Ablehnung und Mißbilligung des Freitodes hat erst das Christentum gebracht, das auf dem Standpunkt steht, daß eine eigenwillige Beendigung des Lebens dem Menschen nicht zusteht und eine Auflehnung gegen den Willen Gottes darstellt. Es gab eine Zeit, in der der Selbstmord als Fahnenflucht, als Feigheit, als „Bekenntnis eines schuldvollen Lebens" (P a u l s e n) angesehen wurde. Eine andere Seite wieder vertrat die Ansicht, daß „jeder auf nichts in der Welt ein so unbestreitbares Recht hat wie auf seine eigene Person und sein Leben" (S c h o p e n h a u e r).

Auch heute, oder besser gerade heute, ist das Selbstmordproblem sehr akut; man braucht nur einen Blick in Statistiken zu werfen, um zu erkennen, daß die Selbstmordziffer in ständigem Ansteigen begriffen ist. Nach dem Statistischen Jahrbuch 1933 wählten im Jahre 1915 in Deutschland 11.294 Personen den Freitod. Die Selbstmordzahl stieg bis zum Jahre 1928 auf 16.036 an, bis 1931 auf 18.625; nach dem Statistischen Jahrbuch 1937 beträgt die Selbstmordzahl die nicht wesentlich verringerte Summe von 18.422.

Ueber die statistischen Verhältnisse des Selbstmordes, über die Beteiligung des Geschlechts ist ein starkes Ueberwiegen des männlichen Geschlechts und unter den Frauen ein Prävalieren in jüngeren Jahren festzustellen (K u t t e l w a s c h e r). Selbstmord bei Männern ist nicht ganz dreimal so häufig als Selbstmord bei Frauen. Die Ursache dieser Erscheinung ist in der größeren körperlichen und psychischen Schwäche des Weibes, in der geringeren Energie, in seiner Sanftmut, Duldsamkeit, in einer größeren Scheu vor der Begehung gewaltsamer Handlungen und in der meist untergeordneten Rolle, die die Frau im Kampf ums Dasein spielt, zu suchen (H a b e r d a). Daß die Zahl der weiblichen Selbstmörder im Ansteigen begriffen ist, ist wohl auf die zunehmende Berufstätigkeit der Frau zurückzuführen, und deshalb ist der Unterschied in der Selbstmordziffer der Männer und Frauen geringer geworden.

Die Zahl der im Jahre 1935 an Selbstmord gestorbenen männlichen Personen beträgt 12.878, der weiblichen 5.544, also 4.0 bzw. 1.6 auf je 10.000 Lebende (Statistisches Jahrbuch 1937).

Um sich ein Bild über die Verteilung der Selbstmorde in den verschiedenen Altersklassen machen zu können, sei folgende Uebersicht gegeben (Statistisches Jahrbuch 1937):

Zahl der im Jahre 1935 an Selbstmord gestorbenen männlichen Personen im Alter von ... bis ... unter ... Jahren in Grundzahlen.

0—5	5—15	15—30	30—45	45—60	60—70	70 u. mehr	unbek.	insges.
—	58	3039	3106	3486	1948	1229	12	12 878

Zahl der im Jahre 1935 an Selbstmord gestorbenen weiblichen Personen im Alter von ... bis ... unter ... Jahren in Grundzahlen.

0—5	5—15	15—30	30—45	45—60	60—70	70 u. mehr	unbek.	insges.
—	17	1188	1474	1548	772	554	—	5544

Zahl der im Jahre 1935 an Selbstmord gestorbenen männlichen Personen im Alter von ... bis ... unter ... Jahren auf je 10 000 Lebende jeder Altersstufe in Verhältniszahlen:

0—5	5—15	15—30	30—45	45—60	60—70	70 u. mehr	unbek.	insges.
—	0,1	3,7	4,2	6,7	8,3	10	—	4,0

Zahl der im Jahre 1935 an Selbstmord gestorbenen weiblichen Personen im Alter von ... bis ... unter ... Jahren auf je 10000 Lebende jeder Altersstufe in Verhältniszahlen.

0—5	5—15	15—30	30—45	45—60	60—70	70 u. mehr	unbek.	insges.
—	0,3	1,5	1,8	2,6	3,0	3,5	—	1,6

Aus dieser Zusammenstellung ist zu ersehen, daß Selbstmord am häufigsten zwischen dem 30. und 60. Lebensjahre beobachtet wird. Im allgemeinen kann man sagen, daß der Selbstmord mit den Lebensjahren zunimmt, zunächst absolut und dann relativ (im Vergleich zur Bevölkerungszahl in den betreffenden einzelnen Altersklassen — H a b e r d a).

Die meisten Selbstmorde fallen in die schönste Jahreszeit: Mai, Juni und Juli. Die wenigsten sind im November, Dezember und Januar zu beobachten. Als auslösende Momente sind meteorologische Einflüse sicher von Bedeutung, so z. B. stürmische Perioden, Witterungseinflüsse, wie Temperatur, Licht und Bestrahlung, Barometerstand, denen besonders neuropathische und psychopathische Menschen leicht unterliegen.

Welches sind nun die seelischen Bedingungen, unter denen es zum Selbstmord kommt?

Vom Laien wird vielfach angenommen, daß alle Selbstmörder geisteskrank wären. Diese Annahme, die von vielen geteilt wird, trifft keineswegs in allen Fällen zu. Unter den Selbstmördern gibt es sicher neben Geisteskranken und Gesunden zahlreiche Psychopathen, die auf der nie genau zu bestimmenden Grenze zwischen gesund und krank stehen. Wohl bilden die Geisteskranken und Psychopathen die überwiegende Mehrzahl der Selbstmörder; dies schließt aber nicht aus, daß sich auch Gesunde darunter befinden können und, worauf H o c h e besonders hinweist, auch befinden.

Es sind gewöhnlich haltlose, labile, disharmonische Individuen, die Hand an sich legen, schon deshalb, weil in der weit überwiegenden Zahl der Fälle eine Affekthandlung vorliegt. Ist es doch eine bekannte Tatsache, daß ein großer Teil der Selbstmorde aus unverhältnismäßig geringen Anlässen hervorgeht und sehr häufig von hereditär Belasteten mit abnormer Affektveranlagung ausgeführt wird.

Ebenso neigen manche Geisteskranke zum Selbstmord, so die Manisch-Depressiven, die Melancholischen u. a.; weiterhin die chronischen Trinker während ihrer Alkohol-Psychosen, Geisteskranke mit Halluzinationen usw. Geisteskranke neigen besonders zu brutalem Selbstmord. Melancholiker sind besonders zähe in der Ausführung ihres Vorhabens.

Es gibt auch Gesunde, bei denen eine geistige Störung nicht zu erkennen war oder wenigstens nicht bemerkt wurde, die zum Selbstmörder werden. Solche Selbstmörder, die verhältnismäßig selten zur Beobachtung kommen, gelangen nach klarer und bewußter Abwägung des Für und Wider zum endgültigen Entschluß. Hier sind die Beweggründe weder psychopathische noch psychotische, sondern der Ausfluß einer rein verstandesmäßigen Abwägung. Freilich darf nicht vergessen werden, daß solche Menschen, aus verschiedenen Ursachen zum Selbstmörder geworden, wie z. B. der krebskranke Arzt, das an multipler Sklerose leidende, über seine Erkrankung aufgeklärte, i n t e l l i g e n t e Mädchen, der tabische Offizier usw., Menschen, die mit schweren chronischen Leiden behaftet, auch seelisch verändert sind. Sie haben doch als psychisch verändert zu gelten und ihre Entschließungen sind folglich auch nicht als ganz frei anzusehen.

In Uebereinstimmung mit allen Autoritäten, die auf diesem Gebiete gearbeitet haben, steht fest, daß die meisten Selbstmorde

psychotisch motiviert sind, oder daß der Mensch doch wenigstens bei Begehung des Selbstmordes sich fast nie in geistig normalem Zustande befindet. Der Selbstmord wird definiert als das Mißverhältnis zwischen den Anforderungen des Lebens einerseits und der seelischen Widerstandsfähigkeit des Individuums andererseits. Dieses Mißverhältnis ist die conditio sine qua non für jeden Selbstmord, sowohl für den psychotisch bedingten wie auch für den aus einem — scheinbar — gesunden Ueberlegen entspringenden. Es sind fast stets Naturen, die in irgendeinem Sinne unausgeglichen und labil sind, die unter dem Einflusse veränderter Umweltbedingungen dem Selbstmord zum Opfer fallen. Eine Erklärung im Einzelfalle kann nur nach genauer Kenntnis des persönlichen Seelenzustandes des Selbstmörders gegeben werden.

Die Ursachen der Selbstmordneigung sowie die Steigerung ist zu suchen in Einflüssen der Zvilisation, Rassenanlagen und vererblicher psychopathischer Veranlagung, Hysterie, in der Wirtschaftslage eines Volkes oder einer Volksgruppe, in der Trunksucht und ähnlichem mehr. Nicht zu vergessen ist nach Roderich v. Ungern-Sternberg der Einfluß der Aufklärungsphilosophie, durch die innerhalb unseres Kulturkreises sowohl die religiösen als auch die traditionellen Bindungen und nationalen Gefühle eine Auflockerung erfahren haben. Und nicht zuletzt ist die Zunahme der Lebensdauer des heutigen Menschen, d. h. eine steigende Besetzung der hohen Altersstufen ein Grund, der zur Steigerung der Selbstmordzahl führt, da die Zeit zur Begehung von Selbstmorden doch verlängert wird.

Ebenfalls aus statistischen Daten ist zu ersehen, daß die Selbstmorde in der Stadt mehr ansteigen als auf dem Lande. Die Selbstmordziffer nimmt von den Großstädten bis zu den Mittelstädten und von diesen zu den Gemeinden stufenweise ab (Dornedden).

Es wäre interessant und aufschlußreich, einmal auf die Zusammenhänge zwischen inneren Krankheiten und Selbstmord einzugehen. Denn nach vielen Untersuchungen steht es außer Zweifel, daß Krankheit, besonders wenn sie schwer oder unheilbar ist, der letzte Anlaß zum Selbstmorde darstellt. Es sind Selbstmorde beschrieben worden, die sicher durch Krankheiten, wie zum Beispiel syphilitische Erkrankungen des Zentralnervensystems, Arteriosklerose, Tabes usw. ausgelöst wurden. In diesem Zusammenhange ist es interessant — wie dies besonders Hoche klar herausstellt —, daß diese Personen nicht so sehr

wegen der Krankheit selbst, sondern aus Furcht vor der Zukunft, vor Schlimmerem, Hand an sich zu legen. Zukunftsbefürchtungen vergiften ihm die Stimmung und der Selbstmörder will diesem Gemütszustande, der ihm untragbar erscheint, entrinnen. Wie ja überhaupt die Furcht, die Angst dasjenige Moment ist, welches — wie das tägliche Leben zeigt — Affekthandlungen zeitigt, bei denen das Charakteristische, das Mißverhältnis zwischen auslösendem Anlaß und der nicht wiedergutzumachenden Schwere der Tat, besonders kraß zu Tage tritt. Diese Gefühlslage der A n g s t wird besonders deutlich bei den paradox erscheinenden Selbsttötungen zum Tode Verurteilter: Sie verfallen dem Selbstmord aus dem Drange, sich der Angst vor dem Tode zu entziehen.

Was den Selbstmord der Frauen anlangt, ist die auslösende Ursache oft in den Depressionszuständen des Rückbildungsalters zu suchen. Andere Ursachen sind die psychogenen Depressionszustände auf degenerativer Grundlage, abnorm starke erotische Vorstellungen (Z i e m k e) usw. Bei Mädchen ist die auslösende Ursache häufig die Angst vor dem unehelichen Kind.

In vielen Fällen bleibt es nur beim erfolglosen Selbstmordversuch; und hier überwiegen die Frauen. Diese Tatsache wird z. T. durch zaghaftes Vorgehen und Ungeschicklichkeit, z. T. — wie bei hysterischen — durch fingierte Selbstmordabsichten erklärt.

Bemerkenswert ist, daß dem Selbstmord oft andere Selbstmordversuche vorausgehen und nicht selten fällt die Energie auf, die diese Personen anwenden, um das Vorhaben auszuführen.

Die Wahl der Selbstmordart ist verschieden und hat ebenfalls im Laufe der Zeit mannigfache Aenderungen erfahren; es ist daraus aber keineswegs zu folgern, daß die althergebrachten Selbstmordarten durch die modernen Waffen und Gifte ganz in den Hintergrund getreten wären. Das Gegenteil ist der Fall. Es wird immer wieder auf jene primitive, aber sichere Art der Selbsttötung, wie Erhängen und Ertränken, Sturz aus großer Höhe, zurückgegriffen. Wie aus nachstehender Zusammenstellung zu ersehen ist, kommt das Erhängen und Ertränken sowohl beim männlichen als auch beim weiblichen Geschlechte am häufigsten vor. Es gab eine Zeit, wo der Ertränkungstod bevorzugt wurde, und die Statistik zeigt, daß er auch heute noch hoch in Kurs steht und zwar bei beiden Geschlechtern an dritter Stelle.

Die gewaltsamen Sterbefälle im Deutschen Reich im Jahre 1935

durch ... im Alter von ... bis ... unter ... Jahren

Männlich

	5 - 15	15 - 30	30 - 45	45 - 60	60 - 70	70 u. mehr	u. unbekannt	insges.	in %
Gifte od. ätz. Subst. (ausschl. C O)	—	125	176	167	72	30	1	571	4,43
Leuchtgas. Vergiftung	1	243	318	316	155	68	—	1101	8,55
Sonstige gift. Gase	—	7	6	7	2	2	—	24	0,18
Erhängen	36	1087	1465	1997	1243	856	7	6691	50,19
Ertränken	4	236	259	289	163	109	—	1060	8,23
Feuerwaffen	7	737	555	449	180	84	3	2015	15,65
Schneid. od. stech. Instr.	—	40	71	83	39	25	—	258	2,00
Hinabstürzen	1	68	74	54	39	27	—	263	2,04
Ueberfahren lassen	9	445	157	102	41	23	1	778	6,04
Sonst. angeg. Selbstm. Art.	—	30	14	7	3	—	—	54	0,42
Nicht angegeb. Art. d. Selbstm.	—	21	11	15	11	5	—	63	0,49
insgesamt:	58	3039	3106	3486	1948	1229	12	12 878	100,00

Weiblich

Gifte od. ätz. Subst. (ausschl. C O)	—	144	178	143	53	30	—	548	0,99
Leuchtgas-vergiftung	4	306	394	330	166	110	—	1310	23,63
Sonst. giftige Gase	—	9	8	7	6	6	—	36	0,74
Erhängen	2	230	463	619	332	228	—	1874	33,80
Ertränken	2	227	209	283	148	102	—	971	17,51
Feuerwaffen	1	54	40	18	4	3	—	117	2,11
Schneid. od. stech. Instr.	—	9	20	24	12	15	—	80	1,44
Hinabstürzen	2	84	130	79	33	41	—	342	6,15
Überfahren-lassen	6	118	39	32	7	4	—	206	3,72
Sonst. angeg. Selbstm.-Art.	—	3	8	9	6	2	—	28	0,51
Nicht angegeb. Art. d. Selbstm.	—	7	12	4	5	4	—	32	0,58
insgesamt:	17	1188	1474	1548	772	545	—	5544	100,00

Eine verhältnismäßig neue Selbstmordart ist das Vergiften mit Leuchtgas, das besonders beim weiblichen Geschlechte großen Anklang gefunden hat und es steht nach dem Statistischen Jahrbuch 1937 diese Selbstmordart bei den Frauen im Jahre 1935 an zweiter Stelle. Ebenso ist aus der Uebersicht zu ersehen, daß bei den männlichen Selbstmördern das Erschießen sich an zweiter Stelle befindet. Bei Frauen steht an dritter Stelle das Ertränken, an vierter Gifte oder ätzende Substanzen (ausschl. C O), bei Männeren an dritter Leuchtgasvergiftung, an vierter Stelle Ertränken.

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Selbsttötungen herrscht die einmalige Anwendung eines Tötungsmittels vor. Dies trifft besonders auf die Selbstmorde zu, die mit großer Gewalt ausgeführt werden, z. B. Erhängen, Sturz aus großer Höhe, Ueberfahrenlassen, Ertränken.

Es kommt aber doch relativ häufig vor, daß, falls der erste Versuch nicht gelingt, dieselbe Selbstmordart wiederholt wird. Hierher gehören die mehrfachen Schnitt-, Stich- und Hiebverletzungen, die sich die Selbstmörder in Ausübung ihres Vorhabens zufügen. Daß es relativ häufig nur beim erfolglosen Versuch bleibt, hat verschiedene Gründe, von denen nur folgende angeführt sein mögen: Mangelnde anatomische Kenntnisse, Mutlosigkeit der Selbstmörder sowie Unvollkommenheit und Unzweckmäßigkeit der benutzten Selbstmordwerkzeuge. Aus Sicherheitsgründen, oder weil die erste Tötungsart mißglückt ist, wählen manche Selbstmörder gleichzeitig bzw. in kurzen Abständen zwei oder mehrere Tötungsarten. Diese Art von Selbstmord, die durch einen besonderen fanatischen und oft grausamen Vernichtungswillen gekennzeichnet ist, wird

kombinierter Selbstmord

genannt. Fälle von kombiniertem Selbstmord sind wiederholt beobachtet und beschrieben worden; aber sie zählen doch zu verhältnismäßig seltenen Vorkommnissen unter dem Obduktionsmaterial des Gerichts-medizinischen Instituts. — Unter den Fällen von kombiniertem Selbstmord kommt am häufigsten Erhängen in Verbindung mit anderen Tötungsarten zur Beobachtung, so mit Schnittverletzungen (Oeffnen der Pulsadern und der großen Halsgefäße), mit Schußverletzungen, mit Vergiftungen, Verbrennungen u. a. m.

Wie schon angedeutet, kann es aus zweierlei Gründen zu kombiniertem Selbstmord kommen:

1. Wenn der erste Tötungsversuch aus irgendeinem Grunde mißlingt, wie dies z. B. beim Pulsaderöffnen oder Hals-

schnitt vorkommen kann. Bleibt in diesem Falle der Selbstmörder, obwohl er die „dunkle Pforte gestreift", bei seinem Entschlusse, so wählt er unmittelbar daran anschließend einen zweiten und dritten Versuch gleicher oder anderer Art.

2 Es gibt Selbstmörder, die aus nüchterner Ueberlegung heraus („Bilanzselbstmord" — H o c h e — = „physiologischer Selbstmord" — P l a c z e k —) zum Selbstmorde kommen. Diese wählen gelegentlich von Anfang an mehrere Selbstmordarten — den kombinierten Selbstmord — zur Sicherung und zur Beschleunigung des Todseintritts, die sie gleichzeitig oder kurz hintereinander zur Ausführung bringen.

Ganz allgemein kann man sagen, daß der kombinierte Selbstmord charakterisiert ist durch das Vorhandensein vieler Wunden oder durch die Anwendung verschiedener Todesarten: Oeffnen der Pulsadern und Halsabschneiden, Erhängen und Hinabstürzen, Erschießen und Ertränken, Vergiften und Erschießen, Vergiften und Sturz aus großer Höhe u. a. m.

Schwankt, wie es häufig vorkommt, die Diagnose zwischen Selbstmord und Mord. so spricht die kombinierte Form für Selbstmord.

Häufigkeit der kombinierten Selbstmorde.

Wie bereits erwähnt, ist kombinierter Selbstmord relativ selten. Unter 2978 Selbstmördern, die in der Zeit vom 1. Januar 1935 bis 1. Januar 1938 im Institut für gerichtliche und soziale Medizin seziert wurden, waren 38, die kombinierten Selbstmord verübt hatten; dies entspricht einem Hundertsatz von 1,2. Nach einer Statistik von P f e i f f e r fanden sich in 595 Selbstmordfällen 1% kombinierte. Aus den Akten der Münchener Polizei (S c h r a m m) ist ersichtlich, daß unter 2381 Selbstmördern 20 kombinierte vorkamen, also 0,8%. Sowohl bei den Grund- wie auch bei den Verhältniszahlen müssen wir in Betracht ziehen, daß nicht alle Fälle von kombiniertem Selbstmord zur Sektion und somit zur Erfassung kommen, und deshalb lassen sich diese Zahlen nur statistisch verwerten.

Die am Institut für gerichtliche Medizin sezierten 38 kombinierten Selbstmordfälle sind folgende:

I. 9 Fälle von Erhängen mit Schnitt- bzw. Stichverletzungen (Pulsader- oder Halsschnitt, Kopfstich, Harakiri)

II. 8 Fälle von Vergiftung mit Schnittverletzung (einschließlich CO-Vergiftung)
III. 5 Fälle von Erschießen und Erhängen
IV. 4 Fälle von Erhängen und CO-Vergiftung
V. 3 Fälle von Erschießen und Ertränken
VI. 3 Fälle von Erhängen und Vergiften
VII. 1 Fall von Ertränken nach Pulsaderschnitt
VIII. 1 Fall von Erhängen und Ertränken
IX. 1 Fall von Fenstersturz nach Lysolvergiftung
1 Fall von Fenstersturz nach Mundschuß
X. 1 Fall von Erschießen und CO-Vergiftung
XI. 1 Fall von Hals- und Pulsaderschnitt.

Zweck der vorliegenden Arbeit:

Es soll versucht werden, den kombinierten Selbstmord an Hand der am hiesigen Institut sezierten Fälle psychologisch-ärztlich und gerichtlich-medizinisch zu beleuchten. Eine Zusammenstellung aller in der Literatur veröffentlichten Fälle ist nicht beabsichtigt.

I.

Kombinierter Selbstmord durch Erhängen mit Schnitt- bzw. Stichverletzungen.

Am Institut für gerichtliche Medizin in Berlin kamen in der Zeit vom 1. 1. 1935 bis 1. 1. 1938 9 derartige Fälle zur Sektion. Todesursache war in jedem Falle das Erhängen. Auch die Literatur weist viele derartige Fälle auf und es scheint, daß diese kombinierte Selbstmordart am häufigsten vorkommt.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle führt der Versuch, sich durch Schnitt- und Stichverletzungen das Leben zu nehmen, nicht zum Ziele. Die Gründe dafür sind mannigfacher Natur: Zaghaftes Vorgehen, unzweckmäßige Schnitt- bzw. Stichführung (die Folge mangelnder anatomischer Kenntnisse), automatische, vom Willen der Selbstmörder unabhängige Gegenmaßnahmen des Körpers. Da diese Selbstmordart, wie eben erwähnt, sehr häufig vorkommt, ist bei Auffinden eines Erhängten mit Stich- und Schnittverletzungen stets an einen sogen. kombinierten Selbstmord zu denken. Die Verletzungen müssen aber nicht unbedingt von des Selbstmörders Hand stammen; sie können vor dem Selbstmord zufällig entstanden sein oder aber von dritter Hand herrühren. (Vortäuschung

von Selbstmord bei Mord.) Deshalb ist Kritik am Platze. Außerdem können Verletzungen auch postmortal entstehen, so z. B. durch ungeschickte Behandlung der Leiche durch Laienhand.

Was nun die Ausführung anlangt, ist zu sagen, daß zuerst der Versuch unternommen wird, durch Stich- bzw. Schnittverletzungen ein lebenswichtiges Organ zu treffen oder durch die Durchtrennung einer Schlagader eine Verblutung herbeizuführen. In Unkenntnis der anatomischen Lage sind lebenswichtige Organe schwer zu treffen. Viel häufiger ist der Versuch, durch Oeffnen einer Schlagader eine Verblutung herbeizuführen, und es ist die Beugeseite des Handgelenkes, welche besonders bevorzugt wird. Meistens jedoch kommt der Selbstmörder über oberflächliche, wiederholt geführte Schnitte nicht hinaus. Es wird meistens nur die Haut mit den oberflächlichen Venen durch quergeführte Schnitte durchtrennt, manchmal noch die Nerven oder die Sehnen der Fingerbeuger angeschnitten. In den seltensten Fällen gelingt es, die Schlagader zu durchtrennen, und wenn dies auch gelingen würde, so bedeutet dies noch nicht in allen Fällen das Eintreten der Verblutung, denn jetzt setzt der Körper mit Gegenmaßnahmen ein: Einmal sinkt bei eingetretener Blutung der Blutdruck, zum anderen ziehen sich die Schlagadern dank ihrer Elastizität zusammen bzw. sie rollen sich ein, des weiteren entstehen durch das Berühren des Blutes mit dem Gewebsaft Verschlußpfröpfe, die eine Verstopfung der Schnittstelle hervorrufen. Die elastischen Schlagadern vermögen sich aber nur dann einzurollen, wenn ihre Durchtrennung in querer Richtung geschieht. Bei fast allen Selbstmordversuchen durch Schlagaderdurchtrennung ist aber der Versuch der queren Durchtrennung festzustellen. Würde das Gefäß aber in der Längsrichtung angeschnitten, so hätte es nicht die Fähigkeit, den Defekt zu schließen, und ein tötlicher Blutverlust läge im Bereich der Möglichkeit, ebenso wenn das Auf- und Anschneiden des Gefäßes im warmen Bad geschähe. Unter besonderen Umständen kann es aber auch bei querer Durchtrennung zur Verblutung kommen, so z. B. dann, wenn die Gefäße durch Gifte funktionell geschädigt sind (Bakterien-Toxine bei Infektionskrankheiten, Morphium u. a.). Ferner dann, wenn die Gefäße krankhaft verändert sind, wie z. B. bei Atherosklerose.

Am häufigsten ist der Versuch der Pulsaderöffnung, dann der Versuch einer Schlagaderöffnung in der Ellenbeuge, seltener an den Beinen und anderen Körperstellen. Auch Stiche in den Leib, die Brust und den Hals kommen vor, jedoch sel-

tener. Stiche und Schnitte in den Leib (Bauchaufschneidung — „Harakiri") kommen häufiger bei Asiaten (Japan) vor.

Da jedoch, wie ausgeführt, beigebrachte Stich- und Schnittwunden selten zum Ziele führen, greifen die Selbstmörder, falls sie bei ihrem Entschlusse bleiben, oft zum Strang umsomehr, als das Erhängen im Volke als sicher und rasch wirkend bekannt ist. —

Zusammenstellung einiger Fälle von kombiniertem Selbstmord durch Erhängen mit Schnitt- bzw. Stichverletzungen.

I. (Institut S: 310/35)

Der 60jährige Pensionär hatte sich, nachdem er seine Ehefrau erstochen, Stiche in der Herzgegend, Pulsaderschnitte an beiden Unterarmen beigebracht und schließlich erhängt. Strangwerkzeug: doppelte Wäscheleine. Typische Strangfurche mit Zwischenkammbildung mit Blutungen. Quer über die Beugeseite des linken Handgelenkes, 3 cm von demselben entfernt, eine scharfrandige klaffende Hautdurchtrennung; in diesem Bereich sind die Sehnen der oberflächlichen Fingerbeuger und die A. ulnaris durchtrennt. Die Speichenschlagader ist unverletzt. Knapp oberhalb des rechten Handgelenkes eine ebenfalls klaffende scharfrandige quere Hautdurchtrennung, die bis ins Unterhautbindegewebe reicht.

II. (Institut S: 20/35)

Der 23jährige Hausdiener wurde in der Wohnung erhängt aufgefunden. Atypische Strangfurche; unversehrt: Kehlkopfgerüst, Halsgefäße und Zungenbein. Petechien an den Schleimhäuten. Vitalzeichen. An der Innenseite des linken Unterarmes auf der Daumenseite mehrere, bis 3 cm lange, bräunliche, ganz oberflächliche quere Hautdurchtrennungen.

III. (Institut S: 1213/35)

Ein 43jähriger Uhrmacher erhängt aufgefunden. Strangmarke mit atypischem Gipfelpunkt an der linken Halsseite. Zahlreiche Petechien in den Bindehäuten. Abbruch des rechten großen Zungenbeinhornes mit Umgebungsblutungen. In der Gegend des rechten Handgelenkes drei parallel übereinanderliegende klaffende Hautdurchtrennungen. Der Versuch, die Pulsader zu öffnen, ist infolge der oberflächlichen Schnittführung als mißlungen zu betrachten.

IV. (Institut S: 1512/35)

Der 63jährige Schriftsetzer wurde in einer Laube erhängt aufgefunden. 2,6 cm lange, glattrandige Weichteildurchtrennung über der 5. Rippe. Mit der Sonde gelangt man durch diese Verletzung in die Brusthöhle und weiter durch das Zwerchfell in die Bauchhöhle. Die Oberfläche des linken Leberlappens

ist an dieser Stelle mit geronnenem Blut bedeckt. Die vordere Magenwand ist durchtrennt. Blutaustritt in die freie Bauchhöhle. Es fand sich ferner eine Durchtrennung der oberen Weichteilschichten des linken Vorderarmes ohne Verletzung eines der großen Gefäße. Typische Zeichen des Erhängungstodes, typische Strangfurche mit Zwischenkamm und Blutungen. Auf Grund der Blutungen in der Strangfurche und derselben an den Bruchstellen des Kehlkopf- und Zungenbeinskelettes konnte mit Sicherheit festgestellt werden, daß der Tod durch Erhängen eingetreten ist.

V. (Institut S: 1406/35)

Der 33jährige Maurer wurde erhängt aufgefunden. Die Besichtigung und Sektion ergab folgenden Befund: Strangfurche atypisch mit Zwischenkamm, ohne Blutungen. Abbruch beider oberer Schildknorpelfortsätze, links mit Blutungen. In den Augenwinkeln reichlich gelbweiße Fliegenmaden, an den Bindehäuten reichlich punktförmige Blutaustritte. Unter dem rechten Unterkieferwinkel befinden sich 5—6 scharfe oberflächliche Hautschnitte. An der Innenseite des linken und rechten Unterarmes befinden sich 15 und mehr scharfe, größtenteils oberflächliche Hautdurchtrennungen. Weder Muskel noch Gefäße angeritzt. Schnitte wagerecht. Auf der linken Seite kreuzen sich die Schnitte und verlaufen schräg. Zungenbein intakt. In der Gegend des linken oberen Schildknorpelfortsatzes sieht man durch die Schleimhaut in der Tiefe eine pfennigstückgroße Blutung. Vom linken oberen Schildknorpelfortsatz ist ein 1,5 cm langes Stück abgebrochen. Tod durch Erhängen. Die versuchte Oeffnung der rechten Halsschlagader und beider Pulsadern hat lediglich zu oberflächlichen Hautdurchtrennungen geführt.

Obwohl in dieser Beschreibung nur die kombinierten Selbstmorde, die sich in den Jahren 1935 bis 1937 ereigneten, erfaßt sind, möchte ich noch folgenden interessanten Fall anführen, der am hiesigen Institut am 17. 1. 1938 zur Sektion kam. Dies deshalb, weil die Art der Ausführung aus dem Rahmen des üblichen herausfällt und es sich offenbar um die Tat eines Geisteskranken handelt:

VI. (Institut S: 157/38)

Der 51 Jahre alte Arbeiter wurde angekleidet in einem Hofe erhängt aufgefunden. Die Besichtigung und Sektion zeigen folgenden Befund: Zahlreiche mit einer Rasierklinge ausgeführte, oberflächliche Hautritzungen: 1. Unterhalb des rechten Ohrs, dicht unter dem Warzenfortsatz, 2. auf Brust und Bauch, 3. am ganzen Glied, auch auf dem Eichelrücken über fünfzehn Schnitte, 4. an der Innenseite beider Oberschenkel, 5. an beiden Waden, 6. in der Adduktorengegend beider Ober-

schenkel, 7. auf beiden Gesäßbacken, 8. über der Elle rechts an der Innenfläche des Unterarmes. Zeichen des Erhängungstodes: Bindehaut rechts mit punktförmigen Blutungen. Strangmarke typisch mit deutlichem Zwischenkamm. Abbruch beider oberer Schildknorpelhörner ohne erkennbare Blutung ins umgebende Gewebe.

Der Tod ist eingetreten durch Erhängen. Da die Leiche in bekleidetem Zustande aufgefunden wurde, müssen die Schnittverletzungen in größerem zeitlichen Abstande beigebracht worden sein. Es handelt sich offenbar um die Tat eines Geisteskranken.

Nachstehend ein Fall aus der Literatur:

VII. (Samson-Himmelstiern)

Dieser Fall zeigt von einer seltenen Ausdauer in der Ausführung des Selbstmordes. Eine Bauersfrau wurde morgens mit blutbefleckten Kleidern am Ufer eines Teiches gefunden. Nach der Herkunft der Blutspuren befragt, gab sie keine Auskunft. Am Nachmittag fand man sie erhängt in einem Speicher. Es hat schon vorher ein Erhängungsversuch stattgefunden, denn ihr Leibgurt hing noch an einem Balken; er war dabei offenbar gerissen. Die Sektion ergab dann die Erklärung für die blutbedeckten Kleider: Eine bis zur Fascie dringende Stichwunde unterhalb des Kehlkopfes und eine in die Bauchhöhle dringende und das Netz durchsetzende Stichwunde oberhalb des Nabels.

Anamnestisch wurde festgestellt, daß die Frau schon längere Zeit unruhig war.

Was die Handlungsfähigkeit bei dieser Art von kombiniertem Selbstmord anlangt, ist sie nach den Schnittverletzungen noch vorhanden. In allen angeführten Fällen gingen die Versuche, durch Schnitt oder Stich ein Ende zu machen, dem Erhängen voraus. Es ist nicht möglich, daß sich Selbstmörder, wenn sie sich schon in der Schlinge befinden, noch Verletzungen zufügen können, ausgenommen jene, die accidentell entstehen, und zwar durch die mit dieser Todesart verbundenen Konvulsionen (Anschlagen an Gegenstände etc.). Es tritt sehr schnell Bewußtlosigkeit ein und mit ihr erlischt jede Handlungsfähigkeit. Wohl aber ist die Handlungsfähigkeit selbst bei schwersten Schnitt- oder Stichverletzungen vorhanden, wie dies viele Fälle aus der Literatur bezeugen.

Wie weiter aus den angeführten Fällen zu ersehen ist, führen Stich- und Schnittverletzungen selten zum Ziele; es gelingt dem Laien selten, eine Schlagader zu öffnen, und wenn es schon einmal gelingt, so setzt der Körper mit genannten

Gegenmaßnahmen ein. Entweder ist es dann so, daß der Selbstmörder und seine Tat entdeckt werden oder aber er greift zu einer anderen Selbstmordart und, wie aus der Literatur ersichtlich, am häufigsten zum Strang.

II.

Kombination: Schnittverletzungen mit Vergiften (einschließlich Leuchtgasvergiftung).

Diese Kombination ist ebenso wie die erste recht häufig; von den 39 am Berliner Institut zur Sektion gekommenen kombinierten Selbstmordfällen gehören 7 Fälle in diese Gruppe.

Bemerkenswert ist das Ansteigen der Vergiftungen durch Leuchtgas. Von den vorerwähnten 7 Fällen sind allein 6 auf Leuchtgasvergiftung zurückzuführen.

Bei dieser Kombination ist schwer zu entscheiden, welche Selbstmordart zuerst angewendet wurde: das Vergiften (Aufdrehen des Gashahnes) oder die Schnittverletzung. Es besteht in jedem Falle noch Handlungsfähigkeit, weil keine der beiden Todesarten für die nächsten Augenblicke so eingreifend ist. Beide führen, wenn überhaupt, nur langsam zum Tode.

Die verwendeten Gifte sind fast immer typische Selbstmördergifte, und zwar interessanterweise meist solche, die große Schmerzen und Verätzungen verursachen, so daß diese Selbstmörder oft unter gräßlichen Schmerzen sterben. Allbekannt sind Kali- und Natronlauge, Soda, Lysol, Sublimat, Cyankali und ähnliche mehr. Nur Leuchtgas bildet in dieser Hinsicht eine Ausnahme. Sehr selten werden Rauschgifte (Morphium, Cocain) zu diesem Zwecke verwendet. Charakteristisch ist die Einverleibung großer Mengen von Giften und Aetzstoffen. Die „Mode" als Folge von Veröffentlichungen in der Tagespresse spielt sicherlich eine Rolle. Weiterhin gibt es für bestimmte Städte bestimmte Selbstmördergifte, so nach Schmidtmann für Berlin Oxalsäure, während ähnliche Vergiftungen in Wien unbekannt sind.

Ueber die Schnittverletzungen an den Pulsadern wurde das Wichtigste bereits erwähnt. Aehnliche Verhältnisse bestehen bei Halsverletzungen. Auch hier besteht meistens nicht sofort Bewußtlosigkeit und somit Handlungsunfähigkeit. In Fällen, in denen die Halsverletzungen zum Tode geführt haben, kann als Todesursache angesprochen werden:

1. Luftembolie, wenn durch das Anschneiden von Halsblutadern Luft in das rechte Herz gelangt,

2. Blutaspiration, wenn größere Gefäße und die Luftröhre oder der Kehlkopf verletzt werden,
3. Verblutung, wenn die Carotis allein verletzt wurde.

In folgendem werden einige Fälle angeführt:

I. (Institut S: 413/36)

Die Leiche des 72jährigen Pensionärs wurde im Köpenicker Forst aufgefunden. Die Sektion ergab: In symmetrischer Anordnung je einen Schnitt oberhalb des Handgelenkes und in der Ellenbeuge, die sowohl in das Muskel- als auch in das Gefäß- und Sehnengewebe gehen. Die Präparation der Armgefäße zeigt, daß die Pulsschlagader am Handgelenk teilweise getroffen ist, ebenso sind die Gefäße in der Ellenbeuge verletzt, rechts eingeschnitten, links durchschnitten (völlige Durchtrennung der A. cubitalis). Alle Schnitte mit mehreren Ansätzen. Die Sektion des Verdauungstraktus zeigt ausgedehnte Aetzspuren von der Mundschleimhaut durch Rachen und Speiseröhre bis in den oberen Dünndarm: wie gegerbt aussehende Leisten in der Speiseröhre, erweichter Zustand der Magenschleimhaut, die größtenteils fehlt, starkes Vorspringen des stark gefüllten Gefäßnetzes. Sulzige Verdickung und trübe Verfärbung der Falten des oberen Dünndarmes. Im Magen finden sich geringe Mengen eines bräunlichgrauen, festen, karbolartig riechenden Breies. — Die Befunde berechtigen zur Annahme, daß der Tod eingetreten ist infolge Vergiftung mit einem ätzenden Stoffe vom Munde her. Mitwirkend: Schlagaderschnitte am Handgelenk und in der Ellenbeuge beiderseits, möglicherweise noch mitwirkend: Erfrieren.

II. (Institut S: 59/36)

Die Leiche eines 39jährigen Bankangestellten. Sektionsbefund: Zwei quere Schnitte oberhalb des linken Handgelenkes. Arm und beide Beine mit Blut besudelt. 2 und 8 cm über dem Handgelenk je 6 cm lange und 0,5 cm breite klaffende Wunden, in deren Grund Muskulatur und angeschnittene Sehnen zu sehen sind; die Speichenschlagader ist in beiden Wunden durchschnitten.

Kirschrote Totenflecke. In allen Organen reichlich dünnflüssiges hellrotes Blut. CO-Hb-Probe +. Todesursache: CO-Vergiftung. Mitwirkend: Pulsaderschnitt.

III. (Institut S: 1533/36)

Der 37jährige Tischler wurde in der Wohnung tot aufgefunden.

CO-Vergiftung + Pulsaderschnitt + Halsaderschnitt.

Auf der linken Halsseite in mittlerer Höhe über und hinter dem Kopfnickermuskel 4 bis 7 cm lange Wunden, die teils ineinander übergehen. Die oberflächlichen Hautschichten sind vollständig durchsetzt, teilweise auch die Muskulatur. Klaffen

der Gefäßstümpfe nicht zu erkennen. An der Innenseite des linken Unterarmes sieht man 6 cm oberhalb des Handgelenkes eine quer verlaufende 5 cm lange Schittwunde. Verletzung größerer Gefäße ist nicht festzustellen.

Hellrotes, nur nur zum Teil flüssiges Blut, darin CO-Hb spektroskopisch eindeutig +. Kein Ausblutungszustand. Bedeutungslose Schnittverletzung. Diagnose: Tödliche CO-Vergiftung.

IV. Ein Fall aus der Literatur (Canuto):

Eine Frauenleiche wurde in verschlossener Wohnung, im Blute schwimmend, aufgefunden. Befunde: Durchschneidung der Luft- und Speiseröhre, Schnittwunden an der Beugeseite des linken Unterarmes, eine beinahe vollständige Abtrennung des linken kleinen Fingers. Die am Magen-Darmkanal beobachteten Veränderungen deuten auf eine Vergiftung hin. Das genommene Gift war Kreolin, die Schnittwunden wurden mit einer Geflügelschere beigebracht; die Halsschnittwunde hat sich die Frau vor dem Spiegel stehend beigebracht.

V. (Institut S: 1775/36)

Die 55jährige Ehefrau wurde in ihrer vergasten Wohnung tot aufgefunden. Die Leiche zeigt überall hellrote Totenflecke. Am Halse findet sich seitlich, etwa in Höhe des Schlüsselbeines, eine ca. 3 cm lange Schnittwunde. Die Wunde klafft, die Wundränder scharf.

Gutachten: Der Versuch, sich durch Halsschnitt das Leben zu nehmen, ist gescheitert, da derselbe keine lebenswichtigen Organe bzw. Gefäße getroffen hat. Der Tod ist eingetreten infolge CO-Vergiftung. Ueberall hellrotes flüssiges Blut. CO-Hb spektroskopisch einwandfrei +.

Kombination: Schußverletzung mit Erhängen.

Bei dieser Art von kombiniertem Selbstmord kann die Schußverletzung oder das Erhängen die Todesursache sein. Zeigt die Sektion die Merkmale des Erhängungstodes, so ist dies ein Beweis dafür, daß die Schußverletzung einen plötzlichen Tod herbeizuführen nicht vermocht hat.

Wie kann nun der Ablauf der Gewalteinwirkungen vor sich gegangen sein und was ist über die Handlungsfähigkeit zu sagen?

1. Der Selbstmörder hat versucht, sich zu erschießen und, nachdem dies nicht gelang, zum Strang gegriffen. In diesem Falle besteht Handlungsfähigkeit und die Sektion zeigt einen Erhängungsbefund.

2. Der Selbstmörder steckt, in vorgefaßter Absicht, den Kopf in die Schlinge und versucht jetzt, sich zu erschießen. Durch die Erschütterung fällt er in die Schlinge.
   a) War der Schuß sofort tödlich, wird man vergeblich nach den Merkmalen des Erhängungstodes suchen. Handlungsfähigkeit ist also in diesem Falle ausgeschlossen.
   b) War der Schuß nicht sofort tödlich, folglich noch Handlungsfähigkeit vorhanden, so ist doch, sofern die Aufhängevorrichtung stabil ist, nichts damit anzufangen. Unausweichlich tritt der Erhängungsablauf und Erhängungstod ein.

Es ergibt sich daraus, daß hier immer die Sektion maßgeblich ist für die Feststellung, welche von den beiden Gewalteinwirkungen die tödliche war.

Was die Lokalisation der Schußverletzungen anlangt, sind es meist Kopfschüsse, namentlich Schläfen- und Mundschüsse. Hier ist auch der Ort, etwas über die Handlungsfähigkeit Kopfschußverletzter zu sagen. Das Ergebnis, zu dem Goroncy in seiner Abhandlung gelangt, ist kurz folgendes: Wenn Handfeuerwaffen Verwendung finden, tritt nicht sofort Bewußtlosigkeit auf wegen der geringen Rasanz der Projektile. Dies trifft besonders auf die alten Waffensysteme zu. Aber selbst bei den modernen Feuerwaffen mit ihrer großen Sprengwirkung k a n n das Bewußtsein und damit die Handlungsfähigkeit noch erhalten bleiben, da das Gehirn nicht in jedem Falle lokal zerstört zu werden braucht. Anders ist es bei Gewehrschüssen, die in jedem Falle zur Bewußtlosigkeit führen, ausgenommen dann, wenn sie aus großer Entfernung kommen.

Ueber die Mechanik und das Wesen des Erhängungstodes sei hier folgendes angeführt:

Das um den Hals gelegte Strangwerkzeug wird durch die Körperschwere zusammengezogen. Der Zungengrund wird dadurch nach hinten und oben an die Rachenwand gepreßt und es kommt zu einer Tamponade der Luftwege. Weiter kann ein vollkommener Abschluß der beiderseitigen Halsgefäße (bei der typischen Schlingenführung) oder aber nur ein teilweiser Verschluß derselben (bei atypischer Schlingenführung) statthaben. In jedem Falle aber genügt der Verschluß, eine Ernährungsstörung des Gehirns herbeizuführen, und es tritt als Folge sofortige Bewußtlosigkeit ein und die Handlungsfähigkeit erlischt. Eine dritte Schädigung kann der Strang durch seinen Druck auf den Vagus ausüben, der seinerseits einen sofortigen Herz- und Atemstillstand auslösen kann.

Es folgt die Beschreibung einiger Fälle:

I. (Institut S: 408/35)

Ein 60 Jahre alter Schlächter wurde mit einem Hanfstrick erhängt aufgefunden. Die Sektion ergab: Atypischer Knotenpunkt, keine innere Strangfurche, Kehlkopfgerüst unversehrt, Blutungen um die großen Zungenbeinhörner. Kopfnahschuß: Oberhalb der Nasenwurzel in der Mittellinie ein 2 cm langes, 1.5 cm breites Loch. Blutung in alle Hirnkammern, Zerstörung des chiasma opt., des Balkens und aller Ventrikel. Nach diesem Befund ist mit Sicherheit anzunehmen, daß der Tod Folge des absoluten Nahschusses war und daß Handlungsfähigkeit sicher nicht bestand; der Selbstmörder erschoß sich, nachdem er schon vorher den Kopf in die Schlinge gesteckt hatte.

II. (Institut S: 172/35)

Der 63 Jahre alte Kaufmann wurde erhängt aufgefunden. Befund: Typische Strangfurche, deutlicher Zwischenkamm. Am Schädeldach im Bereich des rechten Schläfenbeines ein kreisrundes Loch (Einschuß). An der Grenze zwischen l i n k e m Stirn- und Schläfenbein eine zweite Durchlöcherung des Schädels. In der darüber liegenden zerfetzten Muskulatur ein mäßig deformiertes Stahlmantelgeschoß. Von hier aus zieht nach dem Scheitel ein feiner, nach der Schädelbasis hin ein klaffender Knochensprung, der die zwei vorderen Schädelgruben völlig aufgesplittert hat. Im r e c h t e n Schläfenlappen ein breiter Zertrümmerungskanal.

Bei der Diagnose wurde auf Tod durch Erhängen erkannt. Die Schußverletzung war sicher nicht sofort tödlich. Entweder hat der Selbstmörder vorher geschossen und sich erst dann aufgehängt (vorhandene Handlungsfähigkeit!), oder aber er hat den Schuß abgegeben bei schon in die Schlinge gestecktem Kopf.

III. (Institut S: 1916/35)

57 Jahre alter Pensionär. Erhängen, Abbruch des linken oberen Schildknorpelhornes mit Vitalreaktion. Samenabgang. Schläfenschuß rechts, Schmetterlingshämatom. Tod durch Erhängen, Kopfschuß war nicht die unmittelbare Todesursache.

IV. Ein Fall aus der Literatur (Strassmann):

Ein alter Mann hatte versucht, sich im Schlafzimmer an einem Kleiderhaken zu erhängen. Der Strick riß und er schoß sich hierauf mit einem Trommelrevolver in den Mund; das Geschoß wurde zwischen der zertrümmerten Nasenscheidewand gefunden. Trotz heftiger Blutung ging er in den Keller, um sich dort abermals zu erhängen, doch der Strick riß zum zweiten Male. Bei seiner Auffindung trug er noch die Schlinge um den Hals. Er ging an der Schußverletzung zugrunde.

V. Fall aus der Literatur (Merkel, Schramm: Dissertation)

Ein 42jähriger Landwehrmann verübte Selbstmord, indem er sich eine Schlinge um den Hals legte, an einem Türquerbalken befestigte und sich dann einen Schuß mit dem Dienstgewehr in den Nacken beibrachte. Das Gehirn, vollkommen herausgeschleudert, lag 2 m hinter dem Erhängten. Der Tod ist eingetreten durch explosionsartige Zertrümmerung der Schädelhöhle. Die Erhängung hat auf den Todeseintritt keinen Einfluß mehr gehabt.

Es kann des öfteren der Fall eintreten, daß die Aufhängevorrichtung versagt, sei es, daß der Strick reißt oder sich ein Knoten löst und der noch Lebende zu Boden fällt. Wenn die Schlinge sich sofort löst, kommt der Selbstmörder nicht zu Tode. Löst sie sich nicht, bleibt sie fest angezogen, so tritt damit der gewöhnliche Erhängungsablauf ein. Noch eine dritte Möglichkeit ist gegeben: Die Schlinge lockert sich nur wenig die Venen sind zwar komprimiert, aber der arterielle Blutzufluß findet noch statt; es sind dies ähnliche Verhältnisse, wie sie beim Erdrosseln zustande kommen. Es kommt zu ausgeprägter Stauung oberhalb der Schlinge, zu Zyanose, Ekchymosen u. ä. mehr. Wenn die Zirkulation nicht wieder in Gang kommt, tritt schließlich doch der Tod ein.

IV.

Kombination: Erhängen und CO-Vergiftung.

Am hiesigen Institut wurden vier derartige Fälle festgestellt. Bei dreien ist nach vorhergehendem Erhängungsversuch der Tod durch CO-Vergiftung eingetreten, beim vierten durch Erhängen.

I. (Institut S: 823/36)

Die 50jährige Ehefrau wurde mit einem Strick um den Hals in der Wohnung tot aufgefunden. Strangmarke ist nicht vorhanden. Der Körper zeigt kirsch-rote Totenflecke in starker Ausdehnung. Rotes Blut, Muskulatur und Organe. CO-Hb spektroskopisch einwandfrei nachgewiesen.

Da Strangmarke nicht vorhanden, ist anzunehmen, daß es sich um einen nicht ernsten Erhängungsversuch handelte, bzw. daß die Selbstmörderin nicht den Mut aufbrachte, ihr Vorhaben durch Erhängen auszuführen.

II. (Institut S: 731/35)

Es handelte sich um die 26jährige Ehefrau, die in ihrer Wohnung tot aufgefunden wurde. Der Körper zeigt kirsch-rote Totenflecke in weiter Ausdehnung. Am Hals vielfache dünne

Strangmarken, Zwischenkämme, Blutung in die Strangmarke, die keinen ausgeprägten Gipfelpunkt zeigt. Zungenbein, Schildknorpel sind unversehrt. Blutung in die Muskulatur des linken Thyreo-Hyoideus.

Als Todesursache wurde einwandfrei durch die spektroskopische Probe CO-Tod festgestellt.

Aus den staatsanwaltlichen Ermittlungsakten ergibt sich folgender interessanter Tatbestand:

Die H. wurde am 12. 5. 1935 nachmittags gegen 17.20 Uhr von ihrem Ehemann, Omnibusfahrer H., in der Küche leblos aufgefunden. Arzt stellte den bereits eingetretenen Tod fest. Die Leiche hatte am Halse eine Strangulationsmarke. Auf dem Küchentisch lag ein von der Toten geschriebener Zettel, aus dem hervorgeht, daß sie freiwillig aus dem Leben geschieden ist.

Die H. hatte in der Nacht vom 11. zum 12., während des Dienstes ihres Mannes, mit einem anderen Omnibusfahrer Ehebruch getrieben. Der Ehemann machte ihr Vorhaltungen, will sie aber nicht geschlagen oder mißhandelt haben. Am 12. zwischen 1 und 2 Uhr hat der Ehemann seine Frau dabei überrascht, wie sie sich mit Gas vergiften wollte. Er habe dies verhindert, ihr gut zugeredet, dann habe sie sich ins Schlafzimmer eingeschlossen und dort anscheinend versucht, sich an einem Radioantennendraht zu erhängen. Dieser ist aber gerissen. Von diesem Versuch dürfte die Strangulationsmarke herrühren. Schließlich habe sie ihren Ehemann auf dessen ständiges Klopfen hereingelassen. Er hat von dem Erhängungsversuch nichts gemerkt, sie ging auf seine Veranlassung ins Bett. Er ging um 3.30 Uhr zum Dienst. Eine Nachbarin hörte die Frau weinen, schließlich nur noch wimmern. 5.20 Uhr wurde dann die Frau in der Küche tot aufgefunden.

Dieser Fall zeugt von einer seltenen Ausdauer, den einmal gefaßten Entschluß zum Selbstmord zu verwirklichen. Aerztlich interessant ist der Fall durch das Vorhandensein der Strangmarke noch nach dreistündigem Ueberleben, ebenso die Handlungsfähigkeit nach dem Erhängungsversuch. —

III. (Institut S: 691/36)

Der 67jährige Bauarbeiter wurde in der Wohnung erhängt aufgefunden. Die Besichtigung und Sektion ergeben Zwischenkammbildung mit Blutung, typischen Gipfelpunkt, Totenflecke auf dem Rücken. Die Bindehäute zeigen außerordentlich starke, streifenförmige Blutungen. Kehlkopf unversehrt. Vitalzeichen: Zwischenkammblutungen, Blutungen in den Bindehäuten, Kopfschwarte, Schleimhaut der Gaumenmandeln. Da der Gashahn im Zimmer aufgedreht war, CO-Hb im Blut aber nicht nachgewiesen werden konnte, liegt die Annahme nahe, daß der Selbstmörder die zum spektroskopischen Nachweis

führende CO-Menge bis zum Eintritt des Todes nicht mehr aufgenommen hat. Der Selbstmordhergang ist wahrscheinlich der, daß der Selbstmörder den Gashahn aufdrehte und sich unmittelbar darauf erhängt hat.

V.

Kombination: Beibringung einer Schußverletzung mit Ertrinken.

Die Reihenfolge der konkurrierenden Todesursachen ist in diesem Falle nur in der Richtung: Schußverletzung — Ertränken denkbar. Dreierlei ist zu erwägen:

1. Der Selbstmörder verübt die wohlerwogene Tat in oder am Wasser; er handelt mit Vorbedacht: Sollte die erste Tötungsart aus irgendeinem Grunde mißlingen, so besteht doch für ihn die Hoffnung, der zweiten, dem Ertrinken, nicht entgehen zu können. Auf Handlungsfähigkeit nach der Schußverletzung kann nur aus der Schwere der letzteren geschlossen werden.
2. Der Selbstmörder will sich das Leben nehmen durch Erschießen. Ist der Schuß nicht sofort tödlich und derartig, daß noch Handlungsfähigkeit — wenn auch nur für kürzere Zeit besteht, so ist zu erwägen, ob der Selbstmörder nicht erst dann eine Ertrinkungsmöglichkeit gesucht hat.
3. Es handelt sich um einen Mord (Erschießen), und der Tote oder Schwerverletzte ist in handlungsunfähigem Zustande gewaltsam ins Wasser gebracht worden.

Bei der Diagnose, ob Tod durch Schußverletzung oder durch Ertrinken, sind Erfahrung und sorgfältiges Abwägen aller Zeichen und Umstände das Ausschlaggebende.

Recht schwierig zu beurteilen ist ein Fall, in dem neben einer Schußverletzung, die äußerst schwer und geeignet ist, sofortige Handlungsunfähigkeit und Tod herbeizuführen, noch ein eindeutiger Ertrinkungsbefund festgestellt wird. Vielleicht ist dies auf den Temperaturunterschied beim Fall in das Wasser zurückzuführen, der noch einige reflektorische Atembewegungen auslöst, die gerade noch hinreichen, den Ertrinkungsbefund auszubilden.

I. (Institut S: 782/36)

Der 25jährige Schutzpolizist wurde in bekleidetem Zustande aus dem Müggelsee geborgen. Keine Waschhautbildung. Die Sektion ergab Mundschuß: Durchschuß durch den harten Gaumen. Ausgeprägte Pulverschmaucheinsprengung an dieser

Stelle. Weiterer Durchschuß durch die seitlichen linken Abschnitte des Keilbeinkörpers (Blut in der Keilbeinhöhle). Blut im Warzenfortsatz links bei unverletztem Trommelfell. Knochenausschuß knapp links von der Scheitelmitte. Hirndurchschuß von der Gegend der Spitze des linken Schläfenlappens zum linken Scheitellappen, durch den mittleren Teil des Sehhügels. Ausschuß am linken Scheitellappen. Eröffnung der linken Seitenkammer, Blut in allen Kammern. Dreizackig gestalteten Hautausschuß. Ausgebreitete Blutaspiration in den mäßig ödematösen Lungen.

Die Ertrinkungszeichen sind nicht typisch. Tödlicher Hirndurchschuß vom Munde her. Ob außerdem noch Ertrinken mitgewirkt hat oder die Leiche erst nachträglich ins Wasser gelangt ist, konnte nicht eindeutig entschieden werden. —

II. (Institut S: 518/32)

Eine männliche Leiche wurde aus der Havel geborgen. Die Besichtigung zeigt eine Hautdurchtrennung an der rechten Schläfe. Gesicht war mit Blut beschmiert. Der rechte Augapfel quillt hervor. Die Sektion ergibt eine Einschußöffnung in der rechten Schläfengegend. Ausschußöffnung ist nicht vorhanden. Der Schußkanal enthält zahlreiche Pulverkörnchen und Knochensplitter, die linke Sylvi'sche Furche ist weitgehend mit Blutgerinnseln angefüllt. Der Schußkanal streift beide Schläfenlappen und durchbohrt den Türkensattel. Am Hirn selbst und an den Hirnkammern ist kein krankhafter Befund zu erheben. Subdurale und subpiale Blutungen. Das Geschoß ist pilzförmig deformiert. Die Lungen sind trocken gebläht.

Diagnose: Der Tod ist erfolgt durch Ertrinken im Anschluß an einen nicht tödlichen Kopfschuß.

III. (Institut S: 160/35)

Die 40jährige Ehefrau wurde in der Badewanne tot aufgefunden. Befund: An der Ansatzstelle der vierten Rippe am Brustbein befindet sich eine nahezu kreisrunde, braunschwarze Hautvertrocknungsstelle. In der Mitte derselben ein Einriß mit unscharfen Rändern. Die Sektion ergab: Tod durch Erschießen. Steckschuß. Relativer Nahschuß. Einschußstelle kurz unterhalb der vierten Rippe. Schußkanal: Verletzung des Herzbeutels, linker Rand der rechten Kammerscheidewand, Austritt linke Kammerwand. Streifenförmige Verletzung des linken Oberlappens der Lunge, Durchschlagen der großen Körperschlagader. Das Geschoß wurde in der Zwischenwirbelscheibe des 10. und 11. Wirbelkörpers gefunden. Ertrinkungszeichen fehlen. Der Tod ist eingetreten infolge der Schußverletzung (Herzschuß).

VI.

Kombination: Vergiften mit nachträglichem Erhängen.

In fast allen Selbstmordfällen, die dieser Kombination angehören, ist festzustellen, daß die Reihenfolge der gewaltsamen Einwirkungen Vergiften mit nachträglichem Erhängen ist. Dies ist auch verständlich, wenn man bedenkt, daß nach dem Erhängungsversuch äußert selten noch Handlungsfähigkeit besteht. Der Selbstmörder greift zuerst zum „Selbstmörder"-Gift; es ist ja bekannt, daß diese häufig nicht oder nur sehr langsam zum Tode führen. In der eigenartigen seelischen Verfassung und Verwirrung, in der sich dann der Selbstmörder befindet, greift er dann — sei es aus Furcht vor Entdeckung oder aus dem quälenden Gefühl: wie lange noch?, sei es aus Sicherheitsgründen oder endlich um den heftigen Schmerzen, die die Selbstmördergifte (Schwefelsäure, Lauge, Lysol . . . . . .) verursachen, zu entgehen — zum Strang. Die eigentliche Todesursache ist fast immer das Erhängen, obwohl es durchaus mögund oft auch sicher ist, daß das Vergiften allein genügt hätte, den Tod herbeizuführen.

I. (Institut S: 516/36)

Die 22jährige Hausgehilfin wird in ihrer Wohnung erhängt aufgefunden. Atypische Strangmarke mit durchblutetem Zwischenkamm. Gipfelpunkt am Kinn rechts. Zahlreiche punktförmige Bindehautblutungen. Der Tod ist eingetreten durch Erhängen. Außerdem bestanden Hinweise auf Lysolvergiftung: Spuren auf der Wangenhaut vom Munde her (an der Liegenden entstanden), ferner Aetzungen in den Speisewegen bis zu handbreit oberhalb des Pförtners, vor allem in der Magenstraße.

II. (Institut S: 1314/35)

Die Leiche eines 43jährigen Mannes mit zwischen den Kiefern eingeklemmter Zunge und doppelt um den Hals gewundener Schnur. Die Leiche zeigt keine Bindehautblutungen; Erhängungsstrangmarke ist deutlich und typisch. Kein Zwischenkamm, angedeutete innere Strangfurche. Blutung am linken Ansatz des Sternocleidomastoideus. Kehlkopf und Zungenbein zeigen keine Verletzungen, ebenso die großen Halsgefäße. An Mund und Lunge ist ein starker Geruch von bitteren Mandeln fstzustellen.

Diagnose: Tod durch Erhängen, wahrscheinlich mit vorangehender Cyanvergiftung.

III. (Institut S: 1350/35)

Die 24jährige Ehefrau wurde im Hotel erhängt aufgefunden. Die Besichtigung ergibt: Bindehäute grauweislich mit zahlreichen punktförmigen Blutungen. Atypische, breite Strangfurche mit Knotenpunkt am rechten Kieferwinkel. Keine Verletzung der Halsorgane. In der Speiseröhre befinden sich reichlich bröckelige, bräunlich-grünlich gefärbte Massen.

Diagnose: Erhängungstod. Die Selbstmörderin hat vorher versucht, sich zu vergiften (wahrscheinlich Schweinfurter Grün).

VII.

Kombination: Schnitt-, Stich- oder Hiebverletzungen mit Ertränken.

Selbstmord durch Ertränken ist sehr häufig und wird in der großen Mehrzahl der Fälle von Frauen bevorzugt. Als Auslösungsursache kann oft Angst vor dem unehelichen Kinde und Angst vor der Geburt festgestellt werden. Außerdem finden sich oft Zeichen von Geistesstörung, worauf in manchen Fällen schon die Hartnäckigkeit und Brutalität der Ausführung (Fall III) hinweisen.

Relativ häufig geht dem Selbstmord durch Ertränken ein Selbstmordversuch durch Schnitt-, Stich- und — seltener — Hiebverletzungen voraus. Und da entsteht wieder die Schwierigkeit zu entscheiden: Selbstmord oder Mord. Wird eine Wasserleiche geborgen, die keinerlei andere Verletzungen aufweist — abgesehen selbstverständlich vom Ertrinkungstode Badender —, so kann mit großer Wahrscheinlichkeit Selbstmord angenommen werden. Zeigt die Leiche jedoch noch Verletzungen verschiedener Natur, so bleibt zu erwägen:

1. Sind die Verletzungen vor der Ausübung des Selbstmordes entstanden?
2. Hat sich der Selbstmörder selbst die Verletzungen beigebracht?
3. Stammen die Verletzungen von dritter Hand?
4. Sind die Verletzungen beim Fall in das Wasser, im Wasser selbst (Schiffsschraube) postmortal durch Treiben im Wasser, Benagung durch Tiere etc. oder bei ungeschickter Bergung entstanden?

Wird eine Wasserleiche geborgen, die bei der Sektion noch schwere Verletzungen innerer Organe, Rupturen, Muskelrisse etc. aufweist, ist an Sturz ins Wasser aus großer Höhe zu denken. Dies kommt gelegentlich vor; im Volk ist nämlich die Meinung verbreitet, daß schon durch den Sturz allein, infolge des Luftdruckes, Bewußtlosigkeit und Betäubung eintritt und das Ertrinken auf diese Weise schmerzlos erfolgt, da ja der Selbstmörder in bewußtlosem Zustande ins Wasser gelangt.

Weiter ist zu überlegen, ob sich der Selbstmörder die Verletzungen im Wasser selbst beigebracht hat, oder ob mehr oder weniger entfernt davon und folglich noch handlungsfähig, den Ertränkungstod noch nachträglich zu suchen.

I. (Institut S: 1184/35)

Die Leiche eines 62jährigen Mannes wird in vollständig bekleidetem Zustande aus dem Wasser geborgen. Keine Waschhautbildung. Die Besichtigung zeigt oberhalb des linken Handgelenkes zwei bis auf die Muskelhülle reichende quere Einschnitte und mehrere leichtere, nur oberflächliche Hautritzungen. Die Haut an der Außenseite des rechten Oberarmes zeigt in etwa Handtellergröße eine bläuliche Verfärbung. Die Sektion ergibt große, stark geblähte, sehr leichte Lungen. Im Magen ca. 450 ccm wässeriger, blaßblauer Flüssigkeit; im Zwölffingerdarm gleicher Inhalt.

Diagnose: Tod durch Ertrinken. Selbstmord nach versuchtem Selbstmord durch Pulsaderschnitt. Trockene Blähung der Lunge. Wässerige Flüssigkeit im Magen (450,0 ccm); flüssigkeitsreichen Speisebrei im oberen Dünndarm.

Als pathol. anatomischer Nebenbefund wurden festgestellt: Syphilitische Wandveränderung der großen Körperschlagader, mittlere Verkalkung und Verfettung der gr. Gefäße, leichte Vergrößerung der Vorsteherdrüse mit Ausbildung eines „Mittellappens". Außerdem eine ausgesprochene Balkenblase.

II. Ein Fall aus der Literatur (Merrem).

Ein Pionier auf Posten hatte durch Unachtsamkeit einen Waldbrand verursacht. Die Gewissensbisse und die Angst vor der Strafe hatten ihn daraufhin veranlaßt, Selbstmord zu verüben. Es wurden festgestellt: Stichverletzungen an der Brust (Seitengewehr), Würgeversuche am Hals. Daraufhin hatte er sich offenbar in sinnloser Wut heftige Kopfhiebe beigebracht, die zu 12 klaffenden Wunden am Schädel führten, die jedoch keine Knochenverletzung hervorzurufen vermochten. Zuletzt unternahm er einen Ertränkungsversuch in einem Wassertümpel, der dann auch gelang, wahrscheinlich infolge einer

Ohnmacht, die ihn überkam. Im Magen wurden reichlich Schlamm und Wasser gefunden.

III. Ein von Jacobi veröffentlichter, mit seltener Hartnäckigkeit und äußerster Brutalität ausgeführter Fall:

Die Leiche einer Frau wurde von ihrem Mann, einem Landwirt, mit fehlender linker Hand im Jauchekeller vorgefunden. 14½ m von der Jauchegrube entfernt wurden ein mit Blut besudelter Holzstock, die abgehauene linke Hand und ein Beil vorgefunden. Zum Jauchekeller führten Blutspuren. Die linke Hand war 1 cm oberhalb des Handgelenkes abgetrennt. An der Streckseite eine zweite Durchtrennung des Unterarmes; das abgetrennte Stück hängt nur noch an einem Hautlappen. An der Streckseite 5 weitere Hautdurchtrennungen.

Die Sektion ergibt allgemeines Ausgeblutetsein der Organe, geblähte, urinös riechende Lungen. Im Magen ebenfalls urinös riechende Flüssigkeit. Anfänglich bezweifelte man den Selbstmord: Es schien unmöglich, daß sich jemand derart zurichtet und noch fähig ist, zu dem 14½ m entfernten Jauchekeller zu gehen und die **1 m** hohe Ummauerung zu überklettern. Es ergab sich jedoch später einwandfrei, daß Selbstmord in einem Depressionszustand vorlag.

VIII.

Kombination: Erhängungsversuch mit folgendem Ertränken.

Bei dieser Kombination ergeben sich oft erhebliche Schwierigkeiten bei der Diagnose: Es ist zu entscheiden, ob Selbstmord vorliegt oder Mord. Weiter, wenn an Selbstmord nicht zu zweifeln ist, bleibt aufzuklären, wie und in welcher Reihenfolge sich die Gewalteinwirkungen abspielten.

Ob Mord oder Selbstmord vorliegt, es handelt sich immer um Wasserleichen mit den Merkmalen einer Strangulation.

1. Es kann sich um Mord handeln, und zwar um gewaltsames Aufhängen oder Erdrosseln; die Leiche oder der noch Lebende wurde hernach ins Wasser geworfen. Deshalb ist in jedem Falle auf Spuren von Kampf an der Leiche oder am Auffindungsort zu fahnden, weil wohl anzunehmen ist, daß sich der Betroffene wehrt.
2. Es handelt sich um Selbstmord: Der Selbstmörder kann sein Vorhaben in verschiedener Weise ausführen. Er kann

z. B. zuerst einen Erhängungsversuch machen und sich nach Mißlingen desselben ins Wasser stürzen. Er kann sich über dem Wasser erhängen und nachträglich hineinfallen. Er kann sich, wie es gelegentlich vorkommt, einen Stein oder einen sonstigen schweren Gegenstand am Halse mittels eines Strickes befestigen, der während des Treibens im Wasser verloren geht, so daß die Schlinge und die durch den Zug entstande Furche am Halse vorhergehendes Erhängen oder Erdrosseln vortäuscht.

Auch an die Möglichkeit, daß Furchen und Strangmarken durch einschnürende Kleidungsstücke bei der Fäulnisauftreibung der Leiche entstanden sein können, ist zu denken, ebenso an Merkmale, die ihr Entstehen evtl. unsachgemäßer Bergung verdanken.

Alle diese Erwägungen sind anzustellen und können zusammen mit dem Sektionsbefund zu einer Klärung führen.

I. (Institut 404/36)

Die 86jährige Frau S. wurde aus dem Spandauer Schiffahrtskanal geborgen.

Punktförmige Blutungen der Augenbindehäute. Am Hals verläuft ein rötlicher, leicht eingesunkener, stellenweise unterbrochener Streifen. Rechts streifenförmige Blutung. In ihm Kehlkopf über dem rechten wie dem linken Schildknorpelfortsatz dunkelrot verfärbt und blutig durchtränkt. Beide Fortsätze quer durchbrochen. Lungen stark gebläht, Gewebe blut- und saftreich. Ca. 120 ccm wässerige Flüssigkeit im Magen.

Die Sektion konnte nicht klären, ob bei Hineingelangen in das Wasser der Tod durch Strangulation schon herbeigeführt war, die S. also als Leiche ins Wasser gelang, oder ob ein mißlungener Erhängungsversuch mit nachfolgendem Selbstmord durch Ertrinken stattfand. In jedem Falle deutet der Verlauf der Strangmarke auf Erhängen mit Wahrscheinlichkeit hin.

IX.

Kombination: Vergiften, Schuß-, Schnittverletzungen etc. mit Sturz aus großer Höhe.

Diese Kombination wird besonders vom weiblichen Geschlechte bevorzugt. Todesursache sind immer die Verletzungen durch den Sturz und die Reihenfolge kann nur sein: Ein-

nehmen von Gift bzw. Beibringung von Stich- oder Schnittverletzungen und Tötung durch Herabstürzen.

I. (Institut S: 722/35)

Die 37jährige Frau hat sich in selbstmörderischer Absicht aus dem Fenster gestürzt.

Sektion ergab als unmittelbare Todesursache Knochenbrüche in großer Zahl, wie sie in dieser Form durch Sturz aus großer Höhe zustandekommen. Ferner vereinzelte Blutungsbezirke in der Großhirnrinde. Vorheriger Selbstmordversuch mit Lysol. Lysol chemisch nachgewiesen.

II. (Institut S: 1618/37)

Der 24jährige Medizinstudent stürzte sich, nachdem er sich im Zimmer eines Freundes mit einer Scheintodpistole in den Mund schoß, aus dem Fenster.

Bruchverletzungen der beiden Augenhöhlendächer und des Oberkieferbeines. Aller Wahrscheinlichkeit nach sind diese Bruchlinien des Oberkiefers und der Augendächer auf eine Wirkung des Schusses zurückzuführen, da der übrige Schädel unverletzt ist.

Tod durch schwere innere Organverletzungen beim Fenstersturz nach Mundschuß. — Zahlreiche Knochenbrüche.

III. Fall aus der Literatur (Kratter).

Eine 74jährige Frau sprang, nachdem sie versucht hat, sich die Pulsadern zu öffnen, aus dem Fenster. Am linken Vorderarm 26 ziemlich parallel laufende oberflächliche Hautdurchtrennungen. Die Sehnenscheide des Flex. digit. comm. ist eröffnet, der Nervus medianus durchtrennt und die Sehne des Flex. carp. radial. ist durchschnitten. In der Mitte des rechten Oberarmes befindet sich eine quere, 3 cm lange Hautdurchtrennung.

X.

Kombination: Vergiften mit Schußverletzung.

Die Gewalteinwirkungen sind sowohl in der Reihenfolge Vergiften—Erschießen als auch Erschießen—Vergiften möglich. Weder das Vergiften noch das Erschießen muß notwendigerweise zur Aufhebung der Handlungsfähigkeit führen. Diese Art von kombiniertem Selbstmord ist relativ häufig und diese Tatsache findet eine Erklärung darin, daß Selbstmördervergiftungen nicht häufig rasch zum Ziele führen. Dies ist schon in der

Natur der meisten typischen Selbstmordgifte begründet. Oft sind es die auftretenden Schmerzen, die den Selbstmörder veranlassen, noch zu einer zweiten Selbstmordart zu greifen. Auch der umgekehrte Weg, Beibringung einer nicht tödlichen Schußverletzung mit folgendem Vergiften, ist denkbar; doch ist dies seltener der Fall. Meistens ist es doch so, daß im Anschluß an eine mißlungene Vergiftung die Schußverletzung die Todesursache darstellt.

Auf die Differentialdiagnose: Selbstmord oder Mord ist auch hier zu fahnden. Das festgestellte Gift gibt wichtige Hinweise. Ist dasselbe Lysol, Salzsäure oder eine sonstige ätzende Flüssigkeit, so kann Mord mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Größte Vorsicht ist jedoch am Platze, wenn das Gift eine Zyanverbindung ist. Dies deshalb, weil es einerseits ein typisches Selbstmördergift ist, andererseits aber wegen seiner als sicher tödlich bekanten Wirkung häufig zum Mord verwendet wird. Der nachträgliche Schuß des Mörders auf das Opfer stellt lediglich ein Manöver dar, um Selbstmord vorzutäuschen.

Es kommt, wie dies zwei angeführte Fälle beweisen, auch vor, daß Selbstmörder, nachdem sie sich einen nicht tödlichen Schuß beibrachten, den Gashahn aufdrehen und dann an einer CO-Vergiftung zugrunde gehen. Selbstverständlich ist es aber denkbar, daß der Selbstmörder zuerst den Gashahn aufdrehte, sich unmittelbar darauf zu erschießen versuchte, aber trotzdem an Gasvergiftung starb, da der Schuß nicht sofort tödlich war.

Als Beispiele zu dieser Selbstmordart seien folgende Fälle angeführt:

I. (Institut S: 78/37)

Ner 73jährige Rentner wurde in seiner vergasten Wohnung mit einer Schußwunde aufgefunden. Das Geschoß hat die 6. Rippe durchschlagen: Lungenschuß; im linken Brustfellspalt 250 ccm flüssiges, hellrotes Blut. Keine weiteren inneren Verletzungen. Außerdem CO-Hb spektroskopisch einwandfrei +.

Tod durch Leuchtgasvergiftung.

II. Dissertation von Schramm (Gerichtl.-Med. Inst. München. G. S. 340/30. X. 31)

Eine 43jährige Frau wurde, nachdem sie ihre Verhätnisse auf das genaueste geordnet und sich vorher noch sauber gewaschen und bekleidet hatte, in einer Decke eingewickelt, in ihrer vergasten Küche bei offenem Gashahn aufgefunden. Im Bett des nebenan gelegenen Schlafzimmers fanden sich Blutspuren und in der Bettmatratze die Pistolenkugel.

Die Sektion ergab: Bauchdurchschuß: Durchschuß des Magens, Verletzung der linken Nebenniere, am linken Leberrand eine kleine Einschußöffnung.

Die Frau hatte im Bett auf sich einen zu tief angesetzten Bauchschuß abgegeben, war dann in die Küche gegangen, um den Gashahn aufzudrehen.

Todesursache: CO- Vergiftung nach nicht sofort tödlichem Bauchdurchschuß.

III. Ein von Schmidtmann veröffentlichter Fall:

Ein Dr. J. D. trank nach angekündigter Untersuchungshaft im Abort einer Strafanstalt Salzsäure; nachher schoß er sich mit einem Revolver gegen die linke Brust.

Die Sektion ergab eine Nahschußwunde im 4. linken Zwischenrippenraum, Durchschuß des linken unteren Lungenlappens. Die Folgen des Trinkens von Salzsäure waren Verätzung von Zunge, Gaumen und Schlund und Nekrotisierung der Mageninnenwand.

XI.

Selbstmordkombinationen mit Schnitt-, Stich- und Hiebverletzungen.

Die Durchsicht der veröffentlichten Fälle dieser Kombination zeigt, mit welcher Rücksichtslosigkeit und Brutalität die Selbstmörder gegen sich vorgehen und welch' zäher Vernichtungswille sie beseelt. Es ist schwer vorstellbar, daß ein geistig normaler Mensch solcher Handlungen fähig wäre. Und in der Tat rekrutieren sich die Selbstmörder dieser Kategorie zum größten Teile aus dem Lager der Geisteskranken. In vielen Fällen konnten Psychopathen nachgewiesen werden. Charakteristisch ist die große Anzahl von Verletzungen, die Brutalität, mit der sie ausgeführt wurden, und die Sinnlosigkeit der Lokalisation.

Wie bei den meisten anderen Kombinationen ist aber bei der Diagnosestellung: Selbstmord oder Mord? Vorsicht am Platze. Selbstmord kann von einem durchtriebenen Mordgesellen allzu leicht vorgetäuscht werden. Dies geht besonders deutlich aus einem von Haberda geschilderten Fall hervor:

Ein Rechtsanwalt wurde durch Hammerschläge gegen den Kopf ermordet. Der Mörder brachte darauf dem Ermordeten mit einem Rasiermesser, das derselbe immer bei sich trug, quere

Schnitte am linken Handgelenk sowie einen Stich zwischen die Rippen bei; sodann steckte er das Messer dem Opfer wieder in die Tasche. Auf diese Weise sollte Selbstmord vorgetäuscht werden.

I. (Insitut S: 1730/35)

Die 59jährige Ehefrau wurde in ihrer Wohnung tot aufgefunden. Das Gesicht ist blutig beschmiert. Am Hals eine 10 cm lange, quer verlaufende, klaffende Schnittwunde, links findet sich nur ein Schnitt, rechts sind 2 Schnittführungen zu erkennen. Oberhalb des linken Handgelenkes findet sich eine quer verlaufende, 6 cm lange Schnittwunde mit glatten Rändern; sie reicht bis auf die Kapsel des Handgelenkes.

Diagnose: Verblutungstod nach Schnittverletzung am Hals und linken Unterarm mit Eröffnung der Speichenarterie. Durch trennung des Kehlkopfes mit Blutaspiration in beide Lungen.

II. Ein von N ä c k e veröffentlichter Fall:

Die verwesenden Leichen eines Ehepaares, ihres Töchterchens und eines ca. 28jährigen Mannes wurden in einer Stube aufgefunden. Der junge Mann wies 32 Wunden auf: 20, meist auf der rechten Körperseite befindliche, oberflächliche Hautwunden, zwei davon am Kopfe mit einem Messer beigebracht, vier oberflächliche Schädelwunden, die mit einem Revolver verübt wurden, und sieben Beilhiebe, von denen sechs tödliche Verletzungen darstellten.

Der Mann hatte zuerst die drei anderen erschlagen und dann Selbstmord verübt.

III. P f e i f f e r schildert den kombinierten Selbstmord eines Trunkenboldes:

Dieser wurde in agonalem Zustande in einem Keller aufgefunden. Die Kopfschwarte über dem Scheitel war durch ca. 26 parallele, saggital verlaufende Wunden bis zum Knochen durchtrennt. Der Sichelblutleiter ist breit eröffnet; am rechten Unterbauch eine 2 cm lange klaffende Wunde, die die Bauchhöhle eröffnet hat.

Der Tod ist eingetreten infolge Verblutung.

Ich habe bis jetzt 11 kombinierte Selbstmordarten aufgezählt und versucht, sie vom ärztlichen und gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus zu beleuchten und zu erklären. In diese kombinierten Selbstmordarten läßt sich das am Gerichtlich-Medizinischen Institut in Berlin zur Sektion gekommene Material eingliedern.

Sieht man die gerichtlich-medizinischen Veröffentlichungen auf kombinierten Selbstmord durch, so stößt man noch auf recht

zahlreiche andere Kombinationen, die, obwohl seltener, den bisher beschriebenen an Hartnäckigkeit in der Ausführung, Rücksichtslosigkeit und Brutalität nicht nachstehen. Auf sie wird im Folgenden kurz eingegangen; ich will nur kurz auf die kombinierten Selbstmordarten selbst zu sprechen kommen, denn Fälle sind ja in der einschlägigen Literatur veröffentlicht und leicht aufzufinden.

XII.

Kombination: Knebeleinschiebung mit nachfolgendem Erhängen.

Ueber Mechanik der Knebelung sei bemerkt, daß sie in Einführung eines Körpers in den Mund besteht, mit dem Zweck, eine Erstickung herbeizuführen. Wenn der Körper groß genug ist, um nicht reflektorisch verschluckt zu werden und infolgedessen die Atemwege verlegt, kann es zur Bewußtlosigkeit und zum Erstickungstode kommen. Als Knebel werden die verschiedensten Gegenstände benutzt. Nach Schmidtmann muß es nicht immer ein Erstickungstod sein, sondern unter Umständen ein Shocktod: dies deshalb, weil der mechanische Reiz auf die sensiblen Nerven einen Herz- und Atemstillstand herbeiführen kann. — Ein Selbstmord durch Knebelung gelingt selten. Es sind vereinzelte Fälle beschrieben worden. Meistens greift der Selbstmörder nach mißlungenem Knebelungsversuch noch zu einer anderen Tötungsart, meistens zum Strang. Es kommt auch vor, daß sich der Selbstmörder mit dem Knebel im Munde erhängt. Es ist anzunehmen, daß er sich den Knebel einschiebt im Glauben, den Tod dadurch schneller herbeizuführen, oder aber um sich jede Möglichkeit zu nehmen, noch nach Hilfe zu rufen. Es ist dies die Sicherungsmaßnahme, der wir beim kombinierten Selbstmord so oft begegnen. Aus demselben Grunde wohl kommt es verhältnismäßig häufig vor, daß sich Selbstmörder, bevor sie sich erhängen, noch fesseln. Nicht unerwähnt soll bleiben, daß Selbstfesselungen bei nicht beabsichtigtem Erhängen aus sexuell-perversen Gründen vorgenommen werden.

XIII.

Kombination: Ertränken mit Knebelung.

Wie bei der vorigen Kombination, ist es auch hier möglich, daß der Selbstmörder die Knebelung vorgenommen hat, um sich so zu töten und erst nach Mißlingen ins Wasser springt. Es ist aber auch denkbar, daß er dies in vorgefaßter Absicht tut und die Knebelung aus Sicherheitsgründen vornimmt. Wird eine Wasserleiche geborgen und ein Knebel im Munde vorgefunden, ist auch an Mord zu denken. Bei der Diagnosestellung ist der Sektionsbefund maßgebend. Sind Verletzungen am und im Munde und Rachen festzustellen, ist Mord sehr wahrscheinlich. Die Todesursache ergibt immer die Sektion; sowohl das Ertrinken als auch die Knebelung können den Tod verursacht haben.

XIV.

Kombination: Schnitt- u. Stichverletzungen mit Knebelung.

Die Reihenfolge der Gewalteinwirkungen ist in jeder Richtung möglich. Der Tod selbst kann herbeigeführt werden entweder durch Verblutung nach Stich- und Schnittverletzungen oder aber ist es ein Erstickungs- bzw. Shocktod.

XV.

Kombination: Selbsterdrosseln und Schnitt-Stichverletzungen.

Ueber die Stich- und Schnittverletzungen wurde bereits gesprochen. Ueber die Mechanik des Erdrosselns ist folgendes zu erwähnen:

Ein um den Hals gelegtes Strangwerkzeug wird zusammengeschnürt. Beim Erhängen geschieht dies durch die Körperschwere, beim Erdrosseln entweder durch die Hand des Selbstmörders oder aber durch dritte Hand (Mord). Die Strangfurche verläuft im Gegensatz zum Erhängen horizontal um den Hals. Beim Selbsterdrosseln ist es sehr unwahrscheinlich, daß ein vollkommener Verschluß der Luftröhre und des Kehlkopfes zu-

standekommt. Ebenso werden auch die Gefäße nicht gänzlich verschlossen, sondern nur teilweise komprimiert. Die Folge davon sind Stauungserscheinungen oberhalb des Stranges. Bewußtlosigkeit und Tod treten ein infolge Anämie des Gehirnes und dadurch ausgelösten Atemstillstands. Selbstmord durch Erdrosseln ist selten. Es ist immer auf Mord zu fahnden.

XVI.

Kombination: Vergiften und Selbsterdrosseln.

Es wurde schon erwähnt, daß Selbstmord durch Erdrosseln selten ist, so daß immer Mordverdacht besteht. Kann aber bei der Sektion eine Vergiftung nachgewiesen werden, so ist Selbstmord schon wahrscheinlicher; besonders dann, wenn es sich um typische Selbstmordgifte handelt. Vorsicht ist aber geboten, wenn es sich um Gifte wie Cyan, Arsen und Strychnin handelt, die häufig zu Mordzwecken Verwendung finden. — Reihenfolge der Gewalteinwirkungen ist in beiden Richtungen möglich, ebenso kann sowohl die eine als auch die andere Tötungsart die Todesursache darstellen.

XVII.

Kombination: Sturz aus großer Höhe mit Selbstverbrennung.

Diese Kombination ist sehr selten, besonders was die Selbstverbrennung anbelangt; letzteres ist wohl auch nur bei Geisteskranken denkbar. Sturz aus großer Höhe, kombiniert mit anderen Tötungsarten, wird öfter beobachtet. Die Selbstverbrennung wird ausgeführt, indem der Selbstmörder seine Kleidung mit einer brennbaren Flüssigkeit tränkt und sie dann anzündet. —

Wird eine solche Leiche gefunden, darf nie unterlassen werden, auf Mord zu fahnden; denn es liegt durchaus im Bereich der Möglichkeit, daß der Mörder durch Verbrennung des Opfers und der Mordstelle die Spuren verwischen und Selbstmord vortäuschen will. Kampfspuren und Schnitt- bzw. Stich-

verletzungen, Würgespuren etc. sind auch noch an der verkohlten Leiche erkennbar.

XVIII.

Kombination: Erdrosselung mit Ertränken.

Diese kombinierte Tötungsart kommt sehr selten zur Beobachtung. Die Reihenfolge der Gewalteinwirkungen ist nur in der Richtung: Erdrosselung—Ertränken möglich, oder aber es wirken beide Gewalten gleichzeitig auf den Selbstmörder ein. Im ersten Falle hat nach dem Erdrosselungsversuch noch Handlungsfähigkeit bestanden, so daß der Selbstmörder noch fähig war, eine Ertränkungsmöglichkeit aufzusuchen. Letzteres ist dann der Fall, wenn sich der Selbstmörder im Wasser erdrosselt. Häufig ist es dann so, daß sowohl ein Erdrosselungsbefund mit Stauungserscheinungen oberhalb der Schlinge als auch ein Ertrinkungsbefund festgestellt werden; letzteres besonders dann, wenn, wie es beim Erdrosseln fast immer der Fall ist, die Speise- und Luftröhre nicht ganz abgeschnürt werden. Das Gesicht ist, als Folge der Erdrosselung, gedunsen, blau-rot verfärbt, die Augenlider geschwollen, die Augenbindehäute mit punktförmigen Blutungen besetzt. Was die Todesursache anlangt, ist sie fast immer Ertrinken. Auch bei dieser Kombination ist bei der Diagnosestellung an Mord zu denken und nach Abwehrspuren zu fahnden. —

Kombination: Sichüberfahrenlassen nach Beibringung von Schnitt- oder Stichverletzungen.

Diese Form des kombinierten Selbstmordes ist gar nicht so selten. Meistens ist es so, daß sich der Selbstmörder durch Stich- und Schnittverletzungen das Leben nehmen will; da dies aber mißlungen oder der Todeseintritt nicht sofort erfolgt, greift er dann noch zu einer anderen Tötungsart, und diese ist dann häufig das Sichüberfahrenlassen. Die Reihenfolge kann nur sein: Beibringung von Stich- und Schnittverletzungen—Sichüberfahrenlassen, da letzteres die gewaltsamere Einwirkung darstellt und fast immer jede Handlungsfähigkeit ausschließt. Besteht Mordverdacht, so sind die beigebrachten Schnitt- und Stichwunden genauestens zu untersuchen. Sind sie oberflächlicher Natur und von typischer Lokalisation für Selbstmörder,

kann Mord mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Den Tod führen fast ausnahmslos die Verletzungen herbei, die beim Ueberfahren entstanden sind.

XX.

Kombination: Vergiften mit Ertränken.

Wie schon erwähnt, führen Selbstmördervergiftungen selten schnell zum Tode; außerdem besteht fast in allen Fällen nach der Vergiftung — selbst bei Cyganvergiftungen — noch kürzere oder längere Zeit hindurch Handlungsfähigkeit, so daß der Selbstmörder noch Zeit hat, eine Ertränkungsmöglichkeit zu suchen. Aus demselben Grunde ist auch fast immer ein Ertrinkungsbefund ausgebildet. Bei der Sektion treten auch die Zeichen der Vergiftung zu Tage.

XXI.

Kombination: Vergiften mit Hieb-, Stich- und Schnittverletzungen.

Wird eine Leiche aufgefunden, die Hieb-, Stich- und Schnittverletzungen aufweist, die nicht typisch sind für Selbstmörder, so denkt man in erster Linie an Mord. Ergibt aber die Sektion auch einen Vergiftungsbefund mit einem typischen Selbstmördergift, so kann schon mit großer Wahrscheinlichkeit auf Selbstmord geschlossen werden. Die Reihenfolge der Gewalteinwirkungen ist sowohl in der einen als auch in der anderen Richtung möglich, da keine der beiden Einwirkungen sofortige Handlungsunfähigkeit auslösen muß.

XXII.

Kombination: Vergiftungen mit Schädelverletzungen.

Selten kommt es vor, daß Selbstmörder — fast ausnahmslos Geisteskranke — nach Vergiftung sich noch Schädelverletzungen durch Dolchstiche, Nageleinschlagen etc. beibringen. Gelingt es, den knöchernen Schädel zu durchdringen und das Gehirn oder ein wichtiges Gefäß zu verletzen, so ist Hand-

lungsfähigkeit wohl ausgeschlossen, und die Gewalteinwirkungen lösen sich ab in der Reihenfolge Vergiftung—Schädelverletzung. Todesursache ist in diesem Falle fast immer die Schädelverletzung.

XXIII.

Kombination: Schnitt-, Stich-, Hieb- und Schußverletzungen.

Diese Kombination ist recht häufig. Da die Schußverletzung die eingreifendere Einwirkung darstellt und in den meisten Fällen Handlungsunfähigkeit auslöst, ist sie auch fast immer die Todesursache und die Reihenfolge der Handlungen ist deshalb in der Richtung Schnitt-, Stich- oder Hiebverletzungen mit nachfolgendem Erschießen wahrscheinlich. Die umgekehrte Reihenfolge: Schußverletzung mit folgender tödlicher Schnitt- oder Stichverletzung liegt aber auch durchaus im Bereiche der Möglichkeit. Haberda hat auch einen solchen Fall beschrieben:

Ein Mann feuerte sich einen blinden Schuß in den Mund, um sich dann anschließend einen tödlichen Halsschnitt beizubringen.

Ich habe versucht, den kombinierten Selbstmord, in dreiundzwanzig Kombinationen gegliedert, gesondert zu beschreiben. Es sollen zum Abschluß nur noch einige allgemeine und zur Diagnosenstellung wichtige Fragen gestreift werden:

1. Am häufigsten sind die Kombinationen: Stich-, Schnitt- und Hiebverletzungen untereinander oder kombiniert mit Vergiften, Ertränken, Erhängen, sodann Erhängen und Ertränken, Erhängen oder Ertränken mit Schußverletzung. Kombinationen von Knebelungen, Erdrosselungen, Sichüberfahrenlassen, Verbrennen, Sturz aus großer Höhe sind viel seltener.
2. Allen kombinierten Selbstmordfällen gemeinsam ist der zähe Vernichtungswille, der die Selbstmörder beseelt, und oft die Brutalität der Ausführung. Sie wählen zwei oder mehrere Tötungsarten, entweder nacheinander — nachdem die erste mißlang, nicht eingreifend genug war und infolgedessen nicht schnell genug zum Tode führte — oder aber mit Vorbedacht gleichzeitig, gewissermaßen als Sicherungsmaßnahme. Bei den Selbstmordarten, die mit Stich- oder Schnittverletzungen kombiniert sind, fällt die große Anzahl

der Stich- und Schnittwunden auf und, in der Mehrzahl der Fälle, die oberflächliche Schnittführung.

3. Von allergrößter Wichtigkeit ist die Diagnosestellung sowie die Abgrenzung von Mord. In dieser Richtung ist die Sektion von ausschlaggebender Bedeutung. Alle äußeren Umstände, Lebensverhältnisse, seelische und geistige Verfassung sind rückschauend genauestens zu prüfen. Bei Frauenleichen ist immer auf Menstruation und Gravidität zu achten. Andeutungen des Selbstmörders zu Lebzeiten oder schriftliche Hinterlassungen sind genau zu prüfen. Wohl ist es wahrscheinlich, daß Selbstmord vorliegt, wenn eine Leiche aufgefunden wird, bei der mehrere Todesarten zusammenwirkten; doch ist die Möglichkeit eines Mordes nicht von der Hand zu weisen, umsomehr, als gewitzte Verbrecher immer versuchen werden, die Spuren zu verwischen oder Selbstentleibung des Opfers vorzutäuschen. In dieser Hinsicht ist auch der Tat- oder Auffindungsort nach Indizien genauestens abzusuchen. Das Selbstmord- oder Mordwerkzeug kann manchen wichtigen Hinweis geben. Die Lokalisation der Verletzungen — ob typisch für Selbstmörder oder nicht — ist ebenfalls zu beachten. Nachzusehen ist ferner, ob bei Schußverletzungen Zeichen des absoluten Nahschusses vorhanden sind (Pulvereinsprengungen, Pulverschmauch, Platzwunde). Bei Vergiftungen ist vor allem die Natur des Giftes festzustellen, die schon einen wichtigen Hinweis auf Selbstmord oder Mord geben kann. Verletzungen sind daraufhin zu untersuchen, ob sie zu Lebzeiten, zufällig oder postmortal entstanden sind. Von ausschlaggebender Bedeutung ist die Sektion, vor allem was die Feststellungen über Todesursache, Konkurrenz der Todesursachen, Handlungsfähigkeit und vitale Reaktionen betrifft.

So leicht die Diagnose eines kombinierten Selbstmordes auch scheinen mag, es gehört doch große Erfahrung und viel medizinisches Wissen dazu.

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Müller-Hess für die Überlassung des Themas und die jederzeit gewährte liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit danken, ebenso Herrn Oberarzt Dr. med. habil. Hallermann.

Literatur.

Brosch: Die Selbstmörder. Wien 1909.

Canuto: Selbstmord durch Halsschnitt mit einer Geflügelschere nach Vergiftungsversuch. Aerztl. Sachverständigenzeitung. 1930. Nr. 15.

Fischer: Ueber Konkurrenz der Todesursachen. D. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1933, Bd. 2.

Goroncy: Handlungsfähigkeit Kopfverletzter. D. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1924, Bd. 4.

Haberda: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. 1923, 10. Aufl.

Hofmann: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. 1923, 9. Aufl.

Jacobi: Ein eigenartiger Fall von Selbstmord. D. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1932, Bd. 20.

Kratter: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. 1921, 2. Aufl.

Kratter: Ueber Handlungsfähigkeit tödlich Verletzter. D. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1925, Bd. 5.

Merkel: Abstürzen aus großer Höhe ins Wasser. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1923, Bd. 8.

Merrem: Ein Fall von kombiniertem Selbstmord durch Kopfhiebe, Stichwunden, Erwürgen und Ertränken. Aerztl. Sachverständigenzeitung. 1911, Nr. 6.

Moskow: Gerichtl.-Med. Beobachtungen. D. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1931, Bd. 17.

Näcke: Höchst kompl. Fall von Selbstmord. Archiv für krim. Anthropol. u. Krim. 1911, Bd. 40.

Pfeiffer: Ueber den Selbstmord. Jena. 1912.

Rost: Hans: Bibliographie des Selbstmords, Augsburg 1927 .

Samson — Himmelstiern: Eine seltsame Ausdauer in der Vollführung des Selbstmordes. Friedrich, gerichtl. Medizin. 1863, 14. Jahrg.

Schmidtmann: Gerichtl. Medizin. 1907, 9. Aufl.

Schramm: Ueber kombinierten Selbstmord. Dissertation 1934. München.

Schwarzacher: Selbstmordversuch durch Halsabschneiden und Selbstmord durch nachfolgendes Ertränken. Aerztl. Sachverständigenzeitung. 1930, Nr. 3.

Strassmann: Lehrbuch der gerichtl. Medizin. 1931, 2. Aufl.

Walcher: Ueber Bewußtlosigkeit und Handlungsunfähigkeit. D. Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Medizin. 1929, Bd. 13.

Lebenslauf.

Als Sohn des schwäbischen Landwirtes Nikolaus Roth wurde ich, N i k o l a u s R o t h , am 12. Januar 1909 in Segenthau (damals Ungarn, heute Rumänien) geboren. Ich besuchte das Deutsche Staatsrealgymnasium in Temeswar (Rum.) und bestand dort im Juli 1927 das Abitur. Von 1927 bis 1929 war ich Apotheker-Praktikant; von 1929 bis 1932 studierte ich an der pharmazeutischen Fakultät der Universität Klausenburg (= Cluj/Rumänien), wo ich im November 1932 das Pharmazeutische Staatsexamen bestand.

Im Wintersemester 1934/35 ließ ich mich an der Friedrich-Wilhelm-Universität zu Berlin als Student der Medizin immatrikulieren. Ich studierte durchgehend in Berlin, bestand hier am 24. 3. 1936 das Physikum und am 1. August 1939 ebenfalls in Berlin das Staatsexamen.

Am 16. September 1939 habe ich die deutsche Staatsangehörigkeit durch Einbürgerung erworben. Am 16. September 1939 wurde mir die Bestallung als Arzt erteilt.

Seit dem 15. September 1939 bin ich als Assistent im Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität Berlin beschäftigt.